

KARYA TULIS ILMIAH

**‘ ASUHAN GIZI PADA ANAK BALITA GIZI BURUK UMUR 6-59 BULAN
DI DESA LIFULEO KECAMATAN KUPANG BARAT”**



MARIANA S. SARIBUAN

PO.530324116678

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLTEKKES KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI GIZI

ANGKATAN X1

2019

HALAMAN PERSYARATAN GELAR
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN GIZI PADA ANAK BALITA GIZI BURUK UMUR 6-59 BULAN
DI DESA LIFULEO KECAMATAN KUPANG BARAT
DISUSUN
MARIANA S.SARIBUAN
PO530324116678

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Gizi Dengan Gelar A.Md.Gz
Tahun Akademik 2018/2019

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN GIZI
2019

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN GIZI PADA ANAK BALITA GIZI BURUK UMUR 6-59 BULAN DI DESA
LIFULEO KECAMATAN KUPANG BARAT

Disusun

MARIANA S. SARIBUAN

NIM : PO. 530324116 678

Telah Mendapat Persetujuan

Pembimbing I


Beatrix Söi, SST., S.Pd., M.Kes

NIP.195405151977092001

Mengetahui

Ketua Jurusan Gizi

Poltekkes Kemenkes Kupang


Agustina Setia, SST., M.kes

NIP.196408011989032002

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN GIZI PADA ANAK BALITA GIZI BURUK UMUR 6-59 BULAN DI DESA
LIFULEO KECAMATAN KUPANG BARAT

DISUSUN

MARIANA S. SARIBUAN

NIM : PO. 530324116678

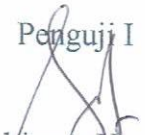
Telah Diuji di Depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah

Poltekkes Kemenkes Kupang Prodi Gizi

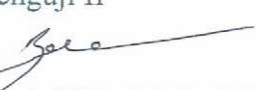
Pada Tanggal 20 Juni 2019

Mengetahui

Penguji I


Thobianus Hasan, S.Si., MPH

Penguji II


Beatrix Soi, SST., S.Pd., M.Kes
NIP: 1954051519770920001

Mengetahui

Ketua Prodi Gizi


Agustina Setia, SST., M.kes

NIP.196408011989032002

PERSEMBAHAN

Karya kecilku ini aku persembahkan untuk :

1. Tuhan Yesus Kristus karena kasih Anugerah dan Perlindungannya, yang memberikan kekuatan dan selalu menyertai dalam kehidupanku.
2. Kedua orang tuaku tercinta Bapak Kornelis Hakim dan Ibu Sisilia Mues yang selalu memberikan nasihat, motivasi, dukungan moril dan material serta mengiringi langkahku dengan doa.
3. Untuk keluarga tercinta yang telah mendukung penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya Tulis Ilmiah dengan baik
4. Untuk sahabat-sahabat dan Teman-teman Kelas Reguler A yang telah mendukung dan membantu penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan baik
5. Almamater tercinta Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Gizi

ABSTRACT

Mariana S.Saribuan.Studi kasus tentang”Asuhan Gizi Pada Anak Balita gizi Buruk Umur 6-59 Bulan di Desa Lifuleo Kecamatan Kupang Barat”.

(Di bimbing Oleh Beatrix Soi,SST.S.Pd.,M.Kes)

Latar Belakang: Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia prevalensi gizi buruk di Indonesia tahun 2013 (5,4%), tahun 2014 (4,9%), dan tahun 2015 (5,7%), Periode dua tahun pertama kehidupan seorang anak merupakan masa kritis, karena mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Oleh karena itu, terjadinya gangguan gizi di masa tersebut dapat bersifat permanen dan tidak dapat pulih walaupun kebutuhan gizi dimasa selanjutnya terpenuhi (Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang,2013). Secara nasional, prevalensi gizi buruk dan kurang pada anak balita sebesar 19,6%, yang berarti 212 masalah gizi berat dan kurang di Indonesia masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan mendekati prevalensi tinggi, sedangkan sasaran *Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2019 yaitu 17%. Oleh karena itu, prevalensi gizi buruk dan kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 2,6% dalam periode 2015-2019.

Tujuan: Untuk mengetahui langkah-langkah asuhan gizi pada balita gizi buruk di Desa Lifuleo,Kecamatan Kupang Barat.

Metode Penelitian:Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei 2019 dengan metode penelitian Kuantitatif (deskriptif) dengan jenis pendekatan studi kasus.Subjek penelitian adalah anak F.N dan A.S Dengan diagnose gizi buruk.Cara pengolahan dan asupan makanan rwsponden diperoleh dari recall 24 jam selama tiga hari,kemudian dari hasil tersebut dikonfersikan kedalam berat bahan mentah dan dianalisis untuk melihat kandungan zat gizi yang terkandung dalam masing-masing bahan makanan dengan menggunakan program *nutry survey*.

Hasil Penelitian: Berdasarkan hasil penelitian menunjukan BB responden tidak ada peningkatan,fisik masih lemah dan kelihatan kurus,rata-rata asupan makan dari energy dan karbohidrat masih dalam deficit ringan.Sedangkan Protein dan Lemak dalam kategori Normal.

Kesimpulan: Berdasarkan hasil penelitian ,status gizi buruk mempengaruhi oleh ketidak tersedianya makanan dalam memenuhi kebutuhan status gizi.

Kata Kunci: Gizi Buruk

BIODATA PENULIS

Nama : MARIANA S.SARIBUAN

Tempat/Tanggal Lahir : COLOL, 25 NOVEMBER
1995

Agama : Khatolik

Alamat : COLOL

Riwayat Pendidikan :

1. Pada tahun 2009 Menjalani Pendidikan Di
SDI Waenunung
2. Pada tahun 2011 -2012 Menjalankan
Pendidikan Di SMP Negeri 1 Pocoranaka
3. Pada tahun 2014 – 2015 Menjalankan
Pendidikan Di SMA Setia Bhakti Ruteng
4. Pada tahun 2016 – 2019 Menjalankan
Pendidikan D3 Gizi Di Poltekkes Kemenkes
Kupang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena kasih dan cinta-nya hingga penulis mampu menyelesaikan proposal yang berjudul ''Asuhan Gizi Pada Anak Balita Gizi Buruk di Desa Lifuleo Kecamatan Kupang Barat''. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam menyusun proposal ini antara lain :

1. Ibu Ragu Harming Kristina, SKM., M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Ibu Agustina Setia, SST.,M.kes selaku Ketua Prodi Gizi Poltekkes Kemenkes Kupang.
3. Ibu Beatrix Soi,SST.,S.Pd.,M.kes selaku pembimbing yang telah memberikan arahnya selama penyusunan proposal.
4. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan dukungan, baik moril maupun material serta doa dalam menyelesaikan penulisan proposal ini.
5. Teman-teman seperjuangan angkatan X1 Poltekkes Kemenkes Kupang yang turut mendukung penyusunan penulisan proposal ini.
6. Seluruh staf dosen dan staf administrasi prodi gizi yang telah membantu dalam menyelesaikan penyusunan penulisan proposal ini.

Penulis menyadari bahwa proposal ini masih jauh dari kesempurnaan dan memiliki banyak kekurangan olehh karena itu penulis meminta kritik dan saran yang bersifat membangun agar proposal ini menjadi lebih baik.

Kupang 20 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	I
HALAMAN PENGESAHAN	Ii
KATA PENGANTAR.....	Iii
DAFTAR ISI.....	Iv
DAFTAR TABEL.....	V
DAFTAR GAMBAR.....	Vi
DAFTAR SINGKATAN.....	Vii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	3

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi gizi buruk.....	4
2.2 Pengukuran gizi buruk.....	4
A. Pengukuran klinis.....	4
B. Pengukuran Antropometri.....	4
2.3 Indeks Antropometri.....	5
A. Berat Badan Menurut Umur.....	5
B. Tinggi Badan Menurut Umur.....	6
C. Berat Badan Menurut Tinggi Badan.....	6
2.4 Klasifikasi Gizi buruk.....	7
2.5 Faktor Resiko.....	8
A. Asupan Makan.....	8
B. Pendidikan Ibu.....	9
C. Jarak Kelahiran Anak.....	9
D. Jumlah Anak.....	9
E. Pekerjaan Ibu.....	10
F. Sanitasi.....	10

G. Pelayanan Kesehatan Dasar.....	10
A. Kerangka Teori.....	12
B. Kerangka Konsep.....	13
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Dan Rancangan Peneltian.....	14
B. Lokasi Dan Waktu Penelitian	14
C. Populasi Dan Sampel Penelitian.....	14
D. Alat Dan Bahan Penelitian.....	14
E. Jenis Data.....	15
F. Defenisi Operasional.....	15
G. Cara Pengumpulan Data.....	16
H. Cara Pengolahan Dan analisis Data.....	16
I. Etika Penelitian.....	16
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil dan penelitian.....	23
A. Gambaran umum lokasi penelitin.....	23
B. Hasil Penelitian.....	23
a. Identitas Pasien.....	27
b. Assesment Gizi.....	
A. Antropometri Responden Gizi Buruk.....	27
B. Riwayat Gizi Sekarang.....	27
C. Riwayat Gizi Dahulu.....	27
D. Keadaan Fisik.....	27
c. Diagnosa Gizi.....	27
d. IntervensiGizi.....	27
C. Pembahasan	
1. Penyebab Langsung	31
2. Penyebab Tidak Langsung	31
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	32
B. Saran	33

DAFTAR PUSTAKA
Lampiran

DAFTAR TABEL

Tabel 1	klasifikasi Status Gizi berdasarkan indeks BB/U,TB/U,BB/TB	4
Tabel 2	Definisi Operasional	15
Tabel 3	Data bayi/Balita	19
Tabel 4	Data Orang Tua	19
Tabel 5	Riwayat Penyakit	20
Tabel 6	Hasil Pengamatan	20
Tabel 7	Antropometri responden	21
Tabel 8	Monitoring dan Evaluasi Antropometri	23
Tabel 9	Asupan Zat Gizi	24
Tabel 10	Data bayi/Balita	27
Tabel 11	Data Orang Tua	27
Tabel 12	Riwayat Penyakit	28
Tabel 13	Hasil Pengamatan	28
Tabel 14	Antropometri Responden	29
Tabel 15	Monitoring dan Evaluasi Antropometri	31
Tabel 16	Asupan zat Gizi	32

DAFTAR GAMBAR

Gambar	01	Kerangka	Teori	12
.....				
Gambar 02 Kerangka Konsep				13
.....				

DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN	KETERANGAN
BB/U	Berat Badan Menurut Umur
IMT/U	Indeks Masa Tubuh Menurut Umur
TB/U	Tinggi Badan Menurut Umur
BB/TB	Berat Badan Menurut Tinggi Badan
SD	Standar Deviasi
WHO	World Health Organization
RISKESDAS	Riset Kesehatan Dasar
NTT	Nusa Tenggara Timur

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh banyak faktor, sehingga penanggulangannya tidak cukup dengan pendekatan medis maupun pelayanan kesehatan saja (Supariasa dkk, 2013). Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia prevalensi gizi buruk di Indonesia tahun 2013 (5,4%), tahun 2014 (4,9%), dan tahun 2015 (5,7%), Periode dua tahun pertama kehidupan seorang anak merupakan masa kritis, karena mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Oleh karena itu, terjadinya gangguan gizi di masa tersebut dapat bersifat permanen dan tidak dapat pulih walaupun kebutuhan gizi dimasa selanjutnya terpenuhi (Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang, 2013). Secara nasional, prevalensi gizi buruk dan kurang pada anak balita sebesar 19,6%, yang berarti 212 masalah gizi berat dan kurang di Indonesia masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan mendekati prevalensi tinggi, sedangkan sasaran *Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2019 yaitu 17%. Oleh karena itu, prevalensi gizi buruk dan kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 2,6% dalam periode 2015-2019.

Kejadian gizi buruk akan menyebabkan daya tahan tubuh anak menurun dan akan mudah terkena penyakit infeksi. Gizi buruk jika tidak ditanggulangi dengan cepat, maka akan mempengaruhi kualitas pada generasi selanjutnya. Dampak jangka pendek gizi buruk terhadap perkembangan anak yakni anak menjadi apatis, mengalami gangguan bicara dan gangguan perkembangan yang lain. Sedangkan dampak jangka panjang mengalami penurunan skor tes *Intelligence Quotient* (IQ) 10-13 poin, penurunan perkembangan kognitif, penurunan integrasi sensori, gangguan pemusatan perhatian, gangguan penurunan rasa percaya diri dan tentu saja merosotnya prestasi akademik di sekolah (Nency dkk, 2013).

Gizi buruk merupakan status gizi yang didasarkan pada indeks berat badan menurut umur (BB/U). Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2017 yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa persentase gizi buruk pada balita

usia 0-59 bulan di Indonesia adalah 3,8%, sedangkan persentase gizi kurang adalah 14%. Hal tersebut tidak berbeda jauh dengan hasil PSG tahun 2016 yaitu persentase gizi buruk pada balita usia 0-59 bulan sebesar 3,4% dan persentase gizi kurang sebesar 14,43%. Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan persentase tertinggi gizi buruk 7,40%, gizi kurang 20,0%, Pendek dan sangat pendek yang dikenal sebagai stunting merupakan status gizi yang berdasarkan indeks TB/U. Persentase balita sangat pendek dan pendek usia 0-59 bulan di Indonesia tahun 2017 adalah 9,8% dan 19,8%. Kondisi ini meningkat dari tahun sebelumnya yaitu persentase balita sangat pendek sebesar 8,57% dan balita pendek sebesar 18,97%. Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan persentase tertinggi balita sangat pendek 18,00% dan pendek 22,30%. pada usia 0-59 bulan tahun 2017.

Penyebab gizi buruk secara langsung yaitu asupan makanan yang kurang dan penyakit infeksi. Kedua penyebab langsung tersebut dipengaruhi oleh tiga faktor yang merupakan penyebab tidak langsung, yaitu ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak, dan pelayanan kesehatan dan lingkungan yang kurang memadai (Achmadi, 2013). Beberapa penelitian telah banyak menghasilkan kesimpulan terkait faktor-faktor penyebab terjadinya masalah gizi tersebut.

Salah satu faktor penyebab gizi buruk selain pola asuh dan pola makan yakni penyakit infeksi. Mursyid (2015), ada hubungan yang signifikan antara penyakit infeksi dengan status gizi buruk. Balita yang menderita infeksi mempunyai risiko menderita gizi buruk sebesar 5,6 kali dibanding yang tidak infeksi. Penyakit infeksi yang dialami oleh balita diantaranya penyakit ISPA, batuk, pilek, demam dan diare. Penyakit-penyakit ini akan menjadi manifestasi terhadap keadaan gizi buruk pada anak balita yang berdampak pada tumbuh kembang anak dan status kesehatan anak.

Profil Kesehatan kota Kupang tahun 2014-2017 balita gizi buruk yang ditemukan mengalami penurunan yang sangat signifikan, tahun 2014 balita gizi buruk berjumlah 3.351 balita, tahun 2015 balita gizi buruk berjumlah 3.357 balita, tahun 2016 balita gizi buruk berjumlah 3.072 balita dan tahun 2017 balita gizi buruk berjumlah 3.017 balita. Kabupaten/Kota, yang melaporkan kasus gizi buruk pada balita sebanyak 21 kabupaten/ kota.

1.2 Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana Asuhan gizi pada balita gizi buruk umur 6-59 bulandi Desa Lifuleo, Kecamatan Kupang Barat.

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui langkah-langkah asuhan gizi pada balita gizi buruk di Desa Lifuleo, Kecamatan Kupang Barat.

2. Tujuan khusus

- a. untuk melakukan assesment atau pengkajian data anak balita gizi buruk di Desa Lifuleo, Kecamatan Kupang Barat.
- b. untuk melakukan diagnosa gizi pada balita gizi buruk di Desa Lifuleo, Kecamatan Kupang Barat
- c. untuk melakukan intervensi gizi pada balita gizi buruk di Desa Lifuleo, Kecamatan Kupang Barat
- d. untuk melakukan monitoring dan evaluasi anak gizi buruk

1.4 Manfaat Penelitian

a. Manfaat penelitian untuk pemerintah.

Hasil penelitian ini diharapakan untuk memberikan masukan kepada pihak pemerintah khususnya Pemerintah Daerah Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang mengenai masalah status gizi pada anak balita.

b. Manfaat penelitian untuk mahasiswa

Untuk memperluas wacana gizi buruk dibidang Ilmu Kesehatan Anak dan Ilmu Gizi. Hasil penelitian ini akan menambah literatur dalam ilmu pengetahuan khususnya yang berhubungan dengan kejadian status gizi anak balita dan hasil penelitian dapat dijadikan referensi pada penelitian selanjutnya.

c. Manfaat penelitian untuk keluarga

Memberikan informasi kepada keluarga mengenai berbagai faktor yang mempengaruhi terjadinya gizi buruk, sehingga dapat dilakukan upaya pencegahan terjadinya gizi buruk

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Gizi Buruk

Gizi buruk merupakan istilah teknis yang biasanya digunakan oleh kalangan gizi, kesehatan dan kedokteran. Gizi buruk adalah kondisi seseorang yang nutrisinya di bawah rata-rata. Hal ini merupakan suatu bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun.

Balita disebut gizi buruk apabila indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) < -3 SD. Keadaan balita dengan gizi buruk sering digambarkan dengan adanya busung lapar

(Diah Krisnansari, 2010).

2.2 Pengukuran Gizi Buruk

Gizi buruk ditentukan berdasarkan beberapa pengukuran antara lain:

- a. Pengukuran klinis : metode ini penting untuk mengetahui status gizi balita tersebut gizi buruk atau tidak. Metode ini pada dasarnya didasari oleh perubahan-perubahan yang terjadi dan dihubungkan dengan kekurangan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, rambut, atau mata. Misalnya pada balita marasmus kulit akan menjadi keriput sedangkan pada balita kwashiorkor kulit terbentuk bercak-bercak putih atau merah muda (*crazy pavement dermatosis*).
- b. Pengukuran Antropometri adalah cara pengukuran status gizi yang sering digunakan dimasyarakat. Penilaian antropometri untuk menilai status gizi anak seperti tinggi dan berat badan. Lebih khusus lagi, pertumbuhan anak dapat dianalisis dengan mengidentifikasi perubahan perbedaan dalam ukuran referensi populasi spesifik jenis kelamin dan usia standar tertentu seperti skor Z tinggi berdasarkan umur (TB/U), berat badan berdasarkan umur (BB/TB) dan berat badan berdasarkan umur (BB/U) serta indeks massa tubuh berdasarkan umur (IMT/U).

Tabel klasifikasi Status gizi berdasarakan indeks BB/U,TB/U,BB/TB

<i>Indeks</i>	<i>Kategori Status Gizi</i>	<i>Ambang batas</i>
<i>Berat badan menurut umur (BB/U) Anak Umur 0-60 Bulan</i>	<i>Gizi buruk Gisi kurang Gizi baik Gizi lebih</i>	$\leq -3 SD$ -3 SD sampai dengan <-2 SD -2 SD Sampai dengan 2 SD > 2 SD
<i>Tinggi badan menurut umur (TB/U) Anak umur 0-60</i>	<i>Sangat Pendek Pendek Normal Tinggi</i>	< -3 SD -3 SD sampai dengan <-2 SD -2 SD Sampai dengan 2 SD > 2 SD
<i>Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) Anak umur 0-60 bulan</i>	<i>Sangat kurus Kurus Normal Gemuk</i>	< -3 SD -3 SD sampai dengan <-2 SD -2 SD Sampai dengan 2 SD > 2 SD
<i>Indeks masa tubuh (IMT/U) Anak umur 5-18 tahun</i>	<i>Sangat kurus Kurus Normal Gemuk Obes</i>	< -3 SD -3 SD sampai dengan <-2 SD -2 SD Sampai dengan 1 SD < 1 SD Sampai dengan 2 SD > 2 SD

Sumber: Titus Priyo Harjatmo, B.Sc., S.K.M., M.Kes (hal.197)

2.3 Indeks Antropometri

a. Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Berat badan merupakan salah satu parameter yang memberikan gambaran masa tubuh. massa tubuh sangat sensitive terhadap perubahan yang mendadak, misalnya, karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang di konsumsi. Berat badan adalah ukuran antropometri yang sangat labil.

Dalam keadaan normal dimana kesehatan baik, keseimbangan antara Konsumsi dan kebutuhan gizi terjamin maka berat badan berkembang mengikuti pertumbuhan umur. Sebaliknya dalam keadaan abnormal ,

terdapat kemungkinan perkembangan, yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal.

Dengan demikian, maka indeks BB/U digunakan sebagai salah satu indikator status gizi dan karena sifat BB yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini.

a. Kelebihan indeks berat badan menurut umur (BB/U)

1. Lebih muda dan lebih cepat dimengerti oleh masyarakat umum
2. Baik untuk status gizi akut maupun kronis
3. Berat badan dapat berfluktuasi
4. Sangat sensitive terhadap perubahan-perubahan kecil
5. Dapat mendeteksi kegemukan

b. Kekurangan indeks berat badan menurut umur (BB/U):

1. Interpretasi yang keliru jika terdapat edema atau esites
2. Umur sering sulit ditaksir dengan tepat
3. Sering terjadi kesalahan pengukuran seperti pengaruh pakaian atau

gerakan pada waktu penimbangan

4. Secara operasional sering mengalami hambatan Karena masalah social budaya.

c. **Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)**

a. Kelebihan indeks tinggi badan menurut umur (TB/U):

1. Baik untuk menilai status gizi masa lampau
2. Alat dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa
3. Indikator kesejahteraan dan kemakmuran suatu bangsa.

b. Kelemahan indeks tinggi badan menurut umur (TB/U):

1. Tinggi badan tidak cepat naik
2. Pengukuran sangat sulit dilakukan karena anak harus berdiri tegak sehingga diperlukan dua orang untuk melakukannya
3. Ketepatan umur sulit didapat.

d. Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Berat badan mempunyai hubungan yang liner dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan kecepatan tertentu.

- a. Kelebihan indeks berat badan menurut tinggi badan:
 1. Tidak memerlukan data umur
 2. Dapat membedakan proporsi badan (gemuk, normal atau kurus)
 3. Dapat menjadi indicator status gizi saat ini (Current Nutrition status)
- b. Kelemahan indeks berat badan menurut tinggi badan:
 1. Tidak dapat memberikan gambaran apakah anak tersebut cukup tinggi atau

Kelebihan tinggi badan menurut umurnya.

2. Sering mengalami kesulitan pengukuran tinggi badan
3. Membutuhkan dua macam alat ukur
4. Pengukuran relatif lama
5. Membutuhkan dua orang melakukannya
6. Sering terjadi kesalahan dalam pembacaan hasil pengukuran terutama oleh kelompok non-profesional

2.4. Klasifikasi Gizi Buruk

Gizi buruk berdasarkan gejala klinisnya dapat dibagi menjadi 3 :

2.4.1 Marasmus

Marasmus merupakan salah satu bentuk gizi buruk yang paling sering ditemukan pada balita. Hal ini merupakan hasil akhir dari tingkat keparahan gizi buruk. Gejala marasmus antara lain anak tampak kurus, rambut tipis dan jarang, kulit keriput yang disebabkan karena lemak di bawah kulit berkurang, muka seperti orang tua (berkerut), balita cengeng dan rewel meskipun setelah makan, bokong baggy pant, dan iga gambang. Pada patologi marasmus awalnya pertumbuhan yang kurang dan atrofi otot serta menghilangnya lemak di bawah kulit merupakan proses fisiologis. Tubuh membutuhkan energi yang dapat dipenuhi oleh asupan makanan untuk kelangsungan hidup jaringan. Untuk memenuhi kebutuhan energi cadangan protein juga digunakan. Penghancuran jaringan pada defisiensi kalori tidak hanya untuk memenuhi kebutuhan energi tetapi juga untuk sintesis glukosa.

2.4.2 Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah suatu bentuk malnutrisi protein yang berat disebabkan oleh asupan karbohidrat yang normal atau tinggi dan asupan protein yang inadeguat. Hal ini seperti marasmus, kwashiorkor juga merupakan hasil akhir dari tingkat keparahan gizi buruk. Tanda khas kwashiorkor antara lain pertumbuhan terganggu, perubahan mental, pada sebagian besar penderita ditemukan oedema baik ringan maupun berat, gejala gastrointestinal, rambut kepala mudah dicabut, kulit penderita biasanya kering dengan menunjukkan garis-garis kulit yang lebih mendalam dan lebar, sering ditemukan hiperpigmentasi dan persikan kulit, pembesaran hati, anemia ringan, pada biopsi hati ditemukan perlemakan. Gangguan metabolik dan perubahan sel dapat menyebabkan perlemakan hati dan oedema. Pada penderita defisiensi protein tidak terjadi proses katabolisme jaringan yang sangat berlebihan karena persediaan energi dapat dipenuhi dengan jumlah kalori yang cukup dalam asupan makanan. Kekurangan protein dalam diet akan menimbulkan kekurangan asam amino esensial yang dibutuhkan untuk sintesis. Asupan makanan yang terdapat cukup karbohidrat menyebabkan produksi insulin meningkat dan sebagian asam amino dari dalam serum yang jumlahnya sudah kurang akan disalurkan ke otot. Kurangnya pembentukan albumin oleh hepar disebabkan oleh berkurangnya asam amino dalam serum yang kemudian menimbulkan oedema.

2.4.3 Marasmiks-Kwashiorkor

Marasmic-kwashiorkor gejala klinisnya merupakan campuran dari beberapa gejala klinis antara kwashiorkor dan marasmus dengan Berat Badan (BB) menurut umur (U) < 60% baku median WHO-NCHS yang disertai oedema yang tidak mencolok.

2.4.4 Edema pada kedua punggung kaki

Edema pada kedua punggung kaki merupakan suatu tanda bahwa seorang anak memerlukan rujukan, meskipun tanda-tanda klinis kwashiorkor lainnya tidak terlihat. Edema harus terlihat pada kedua punggung kaki. Seorang anak dengan edema pada kedua punggung kaki dianggap menderita gizi buruk (severe

underweight),tanpa menilai hasil penimbangan.Walaupun anak ditimbang dan diukur panjang badannya,tetapi tidak untuk menentukan IMT.

2.5 Faktor resiko

Faktor risiko gizi buruk antara lain :

a. Asupan makanan

Asupan makanan yang kurang disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain tidak tersedianya makanan secara adekuat, anak tidak cukup atau salah mendapat makanan bergizi seimbang, dan pola makan yang salah. Kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan balita adalah air, energi, protein, lemak, karbohidrat, vitamin dan mineral.Setiap gram protein menghasilkan 4 kalori, lemak 9 kalori, dan karbohidrat 4 kalori.Distribusi kalori dalam makanan balita dalam keseimbangan diet adalah 15% dari protein, 20% dari lemak, dan 60% dari karbohidrat.Kelebihan kalori yang menetap setiap hari sekitar 500 kalori menyebabkan kenaikan berat badan 500 gram dalam seminggu.

Setiap golongan umur terdapat perbedaan asupan makanan misalnya pada golongan umur 1-2 tahun masih diperlukan pemberian nasi tim walaupun tidak perlu disaring.Hal ini dikarenakan pertumbuhan gigi susu telah lengkap apabila sudah berumur 2-2,5 tahun.Lalu pada umur 3-5 tahun balita sudah dapat memilih makanan sendiri sehingga asupan makanan harus diatur dengan sebaik mungkin.Memilih makanan yang tepat untuk balita harus menentukan jumlah kebutuhan dari setiap nutrien,menentukan jenis bahan makanan yang dipilih, dan menentukan jenis makanan yang akan diolah sesuai dengan hidangan yang dikehendaki.Sebagian besar balita dengan gizi buruk memiliki pola makan yang kurang beragam. Pola makanan yang kurang beragam memiliki arti bahwa balita tersebut mengkonsumsi hidangan dengan komposisi yang tidak memenuhi gizi seimbang. Berdasarkan dari keseragaman susunan hidangan pangan, pola makanan yang meliputi gizi seimbang adalah jika mengandung unsur zat tenaga yaitu makanan pokok, zat pembangun dan pemelihara jaringan yaitu lauk pauk dan zat pengatur yaitu sayur dan buah.

b. Pendidikan ibu

Kurangnya pendidikan dan pengertian yang salah tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan adalah umum dijumpai setiap negara di dunia. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Kurangnya pendidikan dan pengertian yang salah tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan adalah umum dijumpai setiap negara di dunia. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Salah satu faktor yang menyebabkan timbulnya kemiskinan adalah pendidikan yang rendah. Adanya pendidikan yang rendah tersebut menyebabkan seseorang kurang mempunyai keterampilan tertentu yang diperlukan dalam kehidupan. Rendahnya pendidikan dapat mempengaruhi ketersediaan pangan dalam keluarga, yang selanjutnya mempengaruhi kuantitas dan kualitas konsumsi pangan yang merupakan penyebab langsung dari kekurangan gizi pada anak balita.

c. Jarak kelahiran anak

Jarak kelahiran adalah perbedaan kelahiran dalam hitungan tahun antara anak yang terakhir dengan yang terdahulu. Jarak kelahiran yang terlalu dekat akan meningkatkan kejadian bayi lahir yang belum cukup umur dengan berat bayi lahir rendah. Status gizi yang rendah terkait pula dengan terlalu dekatnya jarak kelahiran yang akan diikuti dengan pendeknya waktu menyusui ibu kepada bayinya. Akhirnya jarak antar kelahiran yang pendek akan mengakibatkan terjadinya kompetisi dari anak-anak dalam pembiayaan untuk kebutuhan makan, kesehatan dan pendidikan yang akhirnya berpengaruh kepada status gizi dan kesehatan anak-anak (Wilopo, 2010)

d. Jumlah anak

Keluarga dengan jumlah anak yang banyak dan jarak kelahiran antar anak yang berdekatan akan menimbulkan lebih banyak masalah (Apriadi, 1986). Sebagaimana pemberantasan gizi kurang pada anak-anak dan ibu hamil dapat mendorong kearah terbentuknya keluarga kecil, maka pembatasan jumlah anggota keluarga bisa membantu memperbaiki gizi dan daya tahan anak-anak. Survei pangan di India memperlihatkan bahwa persediaan protein per anak dalam keluarga yang

mempunyai satu atau dua anak akan lebih tinggi 22% (kira-kira 13% perkepala) dibandingkan dengan keluarga yang mempunyai anak lebih dari 2 (Berg,1986)

e. Pekerjaan ibu

Kemiskinan yang semakin meningkat dan semakin tingginya angka pengangguran merupakan penyebab banyaknya ibu yang bekerja pada masa sekarang terutama di Negara berkembang termasuk Indonesia. Ibu yang bekerja tidak saja mempunyai dampak positif terhadap status gizi anak, tetapi juga membawa dampak negative. Ibu yang bekerja akan lebih membantu prekonomian keluarga dalam rangka mencukupi kebutuhan makanan anggota keluarga, namun juga membawa dampak negative dimana ibu menjadi tidak berkembang dan bertumbuh secara optimal. Begitupula sebaliknya pada ibu yang tidak bekerja

Yang dapat meluangkan waktu sepenuhnya untuk merawat anaknya, namun mengalami kesulitan memenuhi asupan gizi anak karena tidak mampu membeli makanan yang bergizi akibat ekonomi yang lemah, hal ini terutama cenderung terjadi pada keluarga dengan ekonomi lemah (Sandjaja, 2010)

f. Sanitasi

Sanitasi adalah upaya kesehatan yang dilakukan masyarakat dengan menitikberatkan pada pengawasan berbagai faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan manusia (Azwar, 1995; Diah 2011). Sanitasi lingkungan adalah status kesehatan suatu lingkungan yang mencakup perumahan, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih dan sebagainya (Notoadmodjo 2003). Soekirman (2000) menyatakan bahwa sanitasi lingkungan sangat erat kaitannya status gizi. Persediaan air bersih, ketersediaan jamban, sistem pembuangan air limbah, dan kebersihan alat makan pada setiap keluarga mempengaruhi setiap anggota keluarga terhadap paparan penyakit yang kemudian berpengaruh terhadap status gizi anak. Kurangnya air bersih dan sanitasi lingkungan yang tidak memadai serta praktek-praktek kebersihan yang buruk adalah beberapa penyebab yang mendasari penyakit malaria dan kematian pada anak-anak. Sanitasi rumah adalah upaya yang dilakukan masyarakat demi tercapainya kesehatan yang optimal dengan menitikberatkan pada pengawasan terhadap struktur fisik rumah. Hal-hal yang mencakup sanitasi rumah meliputi suhu, ventilasi, kepadatan

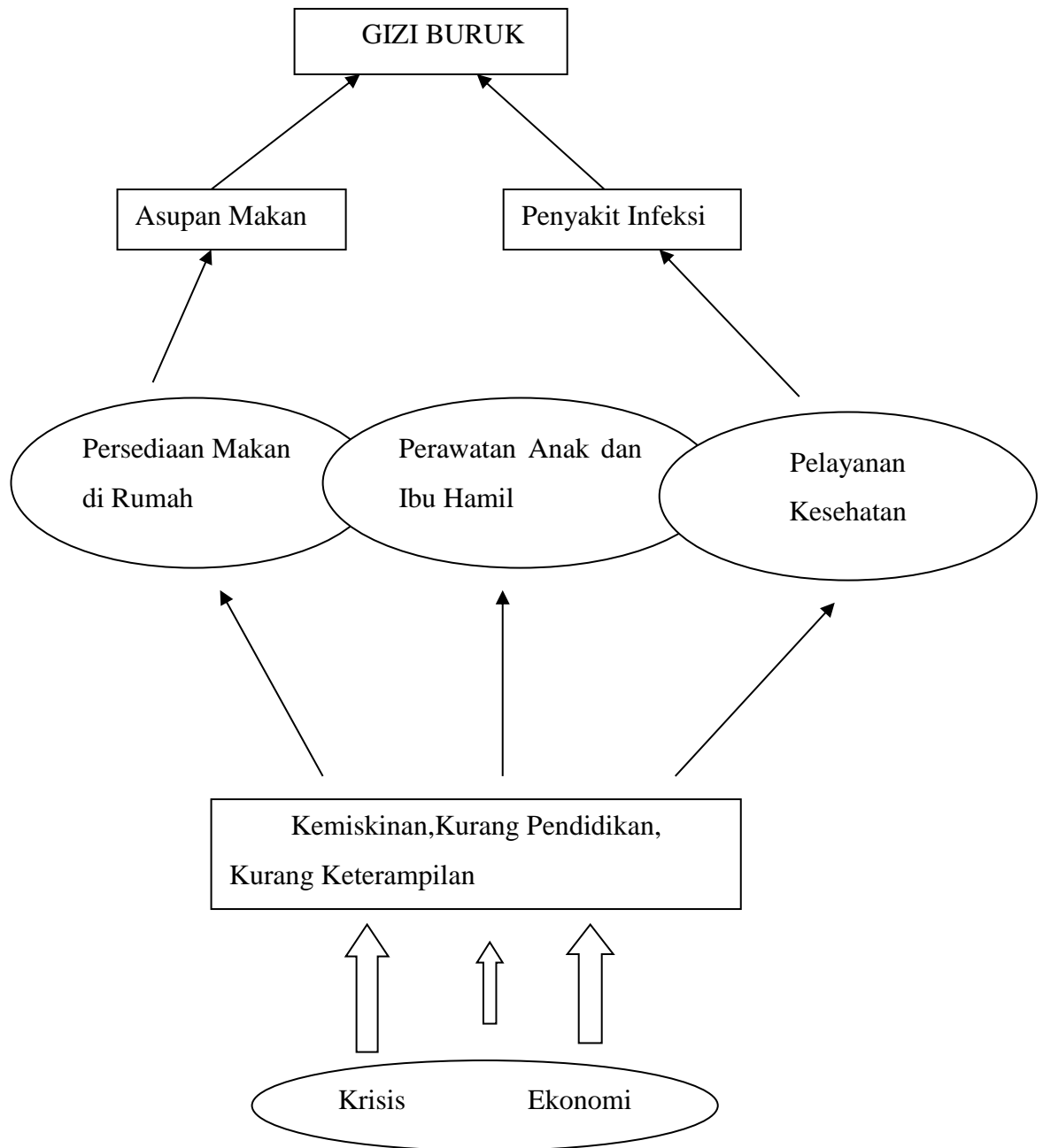
hunian,kelembaban,penerangan alami,konstruksi bangunan,sarana pembangunan sampah,sarana pembuangan kotoran manusia,sistem pembuangan air limbah dan penyediaan air bersih.Sanitasi rumah yang tidak memadai seperti rumah yang lembab,tidak memiliki fasilitas air bersih dan sistem pembuangan sampah dan kotoran manusia yang terjamin akan menyebabkan lingkungan yang tidak sehat (Kusriadin,2010).Lingkungan rumah yang kotor memungkinkan berkembangnya penyakit-penyakit.Anak balita sebagai kelompok umur yang rawan akan mudah terinfeksi penyakit.Hal ini berakibat pada semakin lemah kondisi tubuh dan menurunkan nafsu makan dan selanjutnya berpengaruh terhadap status gizinya

g. Pelayanan kesehatan Dasar

Pelayanan kesehatan dasar adalah keterjangkauan keluarga dan masyarakat terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan yang meliputi imunisasi,pertolongan persalinan,pemeriksaan kehamilan,pemantauan pertumbuhan anak melalui penimbangan anak,penyuluhan kesehatan dan gizi serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu,puskesmas,praktek swasta,rumah sakit dan klinik lainnya.Ketidak terjangkauan pelayanan kesehatan karena hambatan ekonomi maupun non ekonomi seperti jarak yang jauh,tidak mampu membayar,kurang pengetahuan dan penyebab lainnya merupakan masalah dan kendala masyarakat maupun keluarga dalam memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang tersedia,yang pada akhirnya akan berakibat pada kondisi status kesehatan anak (Depkes,2012).Pada posyandu terdapat beberapa kegiatan salah satunya adalah penimbangan bulanan balita.Penimbangan bulanan balita pada dasarnya adalah upaya pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita disertai dengan kegiatan promosi kesehatan.

Seseorang anak yang mengikuti secara rutin dan teratur pemantauan pertumbuhan diharapkan dapat terlindungi dari kemungkinan gangguan pertumbuhan yang serius seperti gizi buruk.

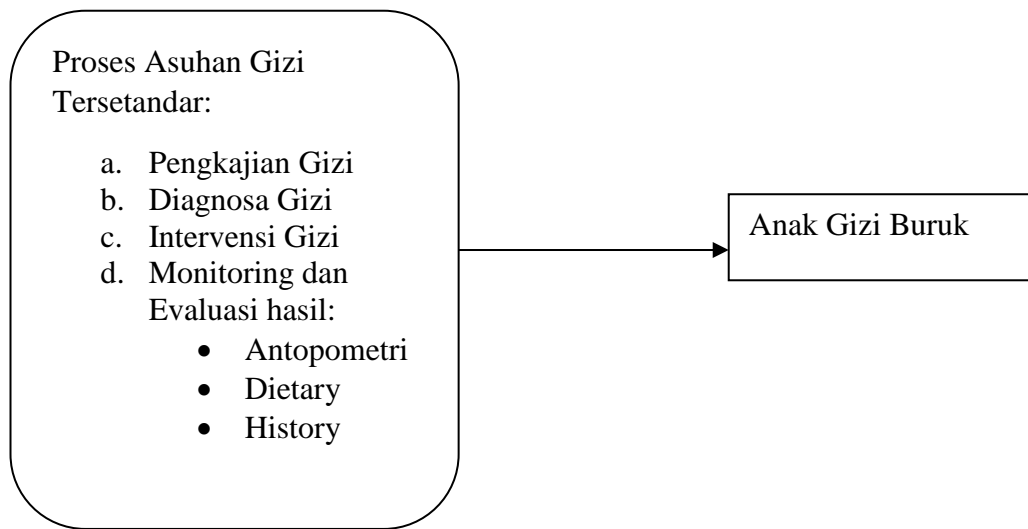
a. Kerangka Teori



Gambar 1 kerangka Teori


(Sumber: Supriasa 2001)

b. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan

 : Variabel yang diteliti

c. Variabel Peneliti

Variabel adalah variabel tunggal bebas yaitu Asuhan Gizi Standar pada anak Gizi Buruk.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif observasional dengan rancangan studi kasus

3.2 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian adalah Di Desa Liufoleo, Kecamatan Kupang Barat.

3.3 Populasi dan sampel penelitian

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah Balita Gizi Buruk 6-59 bulan Di Desa Liufoleo Kecamatan Kupang Barat.

2. Subjek

Subjek adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang memiliki populasi. Subjek penelitian adalah balita gizi buruk usia 6-59 bulan di Di Desa Liufoleo, Kecamatan Kupang Barat yang dipilih yaitu 2 orang dengan kriteria inklusi yaitu sebagai berikut:

1. Diagnosa gizi buruk dengan status gizi $\leq -3 SD$ (BB/U)
2. Bersedia menjadi responden
3. Mampu berkomunikasi (*compos Mentis*)

3.4. Alat dan bahan penelitian

1. Pengisian kusioner yang dilakukan oleh pengumpulan data dengan cara menanyakan langsung kepada responden.
2. Food frekuensi.
3. Form recall 24 jam.
4. Timbangan berat badan menggunakan timbangan injak kapasitas 100 kg dengan ketelitian 0,1 kg. dengan merek *One Med Elegance*.
5. Menggunakan program *nutry survey* untuk menghitung hasil recall 24 jam

6. Mikrotroice untuk mengukur TB dengan kapasitas 200 cm dengan ketelitian 0,01 cm. Dengan merek *One Mad*
7. Tabel indikator status gizi menurut WHO-Antro

3.4 jenis data

Pengumpulan data yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Data primer meliputi:
 - a. Tinggi badan (TB)
 - b. Berat badan (BB)
 - c. Asupanmakan
2. Data skunder meliputi :

Anamnesis identitas responden

3.5 Definisi Operasional

Tabel 2

No	Variable	Pengertian definisi operasional	Parameter	kriteria objektif	Skala data
1	Gizi buruk	Gizi buruk adalah suatu keadaan yang ditandai dengan berat badan menurut tinggi badan atau panjang badan <70% dari median atau nilai Z score <3SD(WHO <i>child growth standard</i>)dengan atau tanpa adanya edema.Bila disertai edema sedang atau berat,nilai Z score >-3 SD.(penuntun diet anak 2009)	Z score <-3 SD (bila disertai antropometri edema BB/TB bisa>-3 SD)	antropometri	ordinal
2	Pengkajian gizi	Pengumpulan data melalui riwayat gizi,pengukuran antropometri,serta biodata penunjang lainnya atau kebiasaan/prilaku makan	1.masalah 2.sebab 3.gejala	Baik>-80% Cukup70-79% Kurang60-60% Deficit <60%	ordinal
3	Diagnosa gizi	Melakukan identifikasi dan penomoran dari data yang tidak normal kemudian dilakukan pengelompokan berdasarkan kelainan tertentu serta sintesis data untuk menuju diagnose gizi disebut domain	1.terapi diit 2.terapi edukasi	1.domain klinik 2.domain prilaku 3.domain intake	ordinal
4	Intervensi gizi	Melakukan manajemen dari diagnosis yang telah ditetapkan sebelumnya meliputi manajemen dari	1.antropometri 2.dietary	Rencana intervensi gizi dan implementasi	nominal

		factor resiko,factor prilaku,dan factor lingkungan	3.edukasi		
5	Monitoring dan evaluasi	Monitor adalah dikerjakan terhadap parameter status gizi yang akan mengalami perubahan akibat implementasi dari intervensi medic maupun gizi. Evaluasi adalah membandingkan parameter yang dimonitor sebelum dan sesudah intervensi gizi.		Rencana tindak lanjut	nominal
6	Konseling gizi	Pemberian edukasi dan konseling gizi untuk responden dan keluarga responden.			
7	Asuhan gizi	Intervensi atau perlakuan dalam bentuk pengarahan makanan pasien untuk memperbaiki status gizi			

3.6.Cara Pengumpulan Data

1. Tinggi badan diperoleh dengan cara mengukur tinggi badan (TB) sampel

Dengan menggunakan *microtoise*

2. Berat badan diperoleh dengan cara penimbangan berat badan (BB) responden dengan menggunakan timbangan injak
3. Asupan makan diperoleh dengan cara metode recall dan mencatat makanan yang dikonsumsi dengan menggunakan format recall 24 jam
4. Pengkajian data identitas responden yang diambil dari metode wawancara

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

1. Dokumentasi berupa foto penelitian
2. Kuesioner yaitu untuk mengetahui karakteristik responden meliputi nama, tanggal lahir, umur, berat badan, tinggi badan, dan jenis kelamin.
3. Form recall 3 x 24 jam.

3.8.Cara pengolahan dan analisis data

1. Cara mengolah data
 - a. Data asupan makanan responden diperoleh dari hasil recall 24 jam selama 3 hari, kemudian dari hasil tersebut dikonversikan kedalam berat bahan mentah dan dianalisis untuk melihat kandungan zat gizi dalam masing-masing bahan makanan dengan menggunakan program *Nutrisurvey*
 - b. Data antropometri responden yang telah terkumpulakan diolah secara manual menggunakan kalkulator untuk melihat status gizi responden.
 - c. Kebutuhan energy dan zat gizi dibutuhkan oleh responden gizi buruk dihitung menggunakan rumus.

3.9. Etika Penelitian

Setelah mendapat persetujuan dari pihak Desa Lifuleo peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada etika yang meliputi:

1. Surat persetujuan

Sebelum melakukan penelitian, penelitian mengajukan permohonan izin kepada kepala desa serta responden (balita gizi buruk usia 6-59 bulan) di Desa Lifuleo.

Jika kepala desa memperbolehkan untuk dilakukan penelitian

Maka harus menandatangani surat persetujuan. Jika responden bersedia Menjadi responden, maka harus menandatangani surat persetujuan jika tidak maka peneliti tidak akan memaksa dan menghormati haknya.

2. Tanpa nama (*Anomity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data, cukup dengan Memberi kode responden.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti.

BAB 1V

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.9. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Sejak Tahun 1940 an keatas system kepimimpinan di Kabupaten Kupang di kenal dengan masa keketoratan yang jatuh kepada kekuasaan 3 orang. Mereka itulah yang disebut Tamukung atau tua-tua adat yang bertempat tinggal di oepura. Tamukung-tamukung itu antara lain Lemus Foenay, Efen Foenay dan Laasar foenay. Setelah masa mereka, ada perubahan didalam system Pemerintahan yang kemudian dialihkan kepada beberapa Tamukung atau Tua-tua adat baru. Mereka-mereka itu adalah Wakeo, Bafimuris, Anus Sio, Yohanis Keo, Mesak Muris dan Adam Suan. Setelah masa mereka, berubahlah sistem pemerintahan yang baru yang dinamakan dengan Kepala Desa yaitu jatuh pada Pemilu I pada Tahun 1971.

Desa Lifuleo terbentuk pada tahun 1971 atas persetujuan atau melalui rapat para Kepala Desa di Kupang Barat. Wilayah Desa Lifuleo waktu itu meliputi Tablolong, Tuadale, Nefo dan Panaf.

Nama Desa Lifuleo di berikan oleh seorang Tamukung yang bernama Adam Suan. Kata Lifuleo berasal dari bahasa rote yang terdiri atas dua suku kata yaitu Lifu yang artinya Danau dan Leo yang artinya segala sesuatu yang hidup, jadi Lifuleo artinya segala sesuatu yang hidup dalam danau tersebut.

Sejak terjadi perubahan sistem kepimimpinan dari Ketemukungan ke Desa, maka secara de facto pemerintahan Ketemukungan dinyatakan tidak berlaku lagi sehingga ketemukungan dilebur menjadi desa. Pada masa tersebut, Kepala Desa pertama dijabat oleh Samuel Keo selama 1 (satu) periode kemudian Kepala Desa kedua dijabat oleh Johan Tuy selama 1 Periode, Kepala Desa Ketiga dijabat oleh Eliaser Pellu selama 2 periode, kemudian Kepala Desa Keempat dijabat oleh Adam Suan tetapi tidak menghabiskan masa periode karena meninggal dunia, dan kepala Desa Kelima dijabat Oleh Zwingly Lay selama 2 periode, pada Tahun 2007 Kepala Desa Keenam dijabat oleh Februs M. Lay dan Tahun 2013 Kepala Desa Kedelapan dijabat oleh Yohan Yulius Tuy sampai saat ini.

A.Hasil Penelitian

Kasus 1

1. Identitas pasien

Tabel 1 Data bayi/balita

1	Nama Balita	:	F. S
2	Umur	:	24 bulan
3	TTL	:	25 Februari 2017
4	Jenis Kelamin	:	Perempuan
5	Asal suku orang Tua	:	Ayah: Rote Ibu : Rote
6	Anak ke-	:	1 dari 2 bersaudara
7	Berat Badan Sekarang	:	8,0 kg
	Panjang badan sekarang	:	85 cm
8	BB lahir	:	2,3 kg
7	Agama	:	Kristen Protestan
8	Jumlah anggota Keluarga	:	4 orang

Tabel 2 Data Orang Tua

Nama Ayah: J.S Jenis Kelamin : Laki-laki Status : Suami	Nama Ibu: V.P Jenis Kelamin: perempuan Status : Istri
---	---

Umur : 24 Tahun	Umur : 24 Tahun
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Petani	Pekerjaan : IRT
Besar penghasilan/bulan: Rp.350.000	Besar penghasilan/Bulan: -
Hubungan dengan KK: Suami	Hubungan dengan KK: Istri

2. Assesment Gizi

a. Antropometri responden gizi buruk

Tabel 3 Antropometri responden

Berat badan lahir	2,3 kg
Berat badan sekarang	8,0 kg
Panjang badan sekarang	85 cm

$$DBW = Umur dalam bulan \div 2 + 8$$

$$= 2 (2) + 8$$

$$= 12 \text{ Kg}$$

Status gizi

BB/U : < -3 SD (Gizi Buruk)

TB/U : < -3SD (Sangat Pendek)

BB/TB : Di bawah -3 SD (Gizi Buruk)

IMT/U : Kurang dari -2 SD (Kurus)

Berdasarkan antropometri dari perhitungan BB/U, PB/U, BB/PB Maka status gizi responden adalah Gizi buruk

3. Dietary history

a. Kualitatif (FFQ)

Pasien makan, makanan utama 3x sehari. Pasien jarang mengonsumsi lauk hewani yang beraneka ragam, hanya ikan yang setiap dikonsumsi dengan frekuensi 1 – 2x/hari, ayam 1x/minggu. Lauk nabati seperti tahu/ tempe dikonsumsi 1 – 2x/minggu. Pasien jarang mengonsumsi sayuran, sayuran yang sering dikonsumsi hanya kelor 1 – 2x/minggu. Buah – buahan cukup sering dikonsumsi dengan frekuensi 1-2 x/minggu, dan buah yang paling sering dikonsumsi adalah pisang.

b. Kuantitatif(Recall)

Hasil recall 24 jam dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4 Tanggal: 4 Mei 2019

Zat gizi	Kebutuhan	H-1	H-2	H-3	Rata-rata	%Asupan	Keterangan
Energi	816 kkal	683,1	491,7	576,7	583,83	71,54%	Defisit tingkat ringan
Protein	30,6 gram	52,3	25	30,3	24,13	90,5 %	Normal
Lemak	18,13Gram	26	15,1	24,3	21,8	120,24 %	Lebih
KH	132,6Gram	84,2	61,1	64,8	70,03	52,81%	Defisit berat

Ket : klasifikasi % asupan menurut Depkes 1996

Keterangan:

- a. Defisit tingkat berat : <70%
- b. Defisit tingkat sedang : 70-79%
- c. Defisit tingkat ringan : 80-89%
- d. Normal : 90-119%
- e. Kelebihan : >110%

4. Riwayat Personal

Tabel 5 Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Demam+ batuk
Riwayat penyakit Dahulu	Responden tidak mendapatkan inisiasi menyusui dini (IMD) dan tidak mendapatkan Kolostrum dan juga tidak mendapatkan ASI eksklusif dengan alasan ibu dari responden memiliki riwayat penyakit TBC dan juga mengalami KEK. Dimana anak F.N mendapatkan makanan pendamping ASI (MPASI) Sebelum usia enam bulan yaitu pada usia tiga bulan pasien sudah diberikan lactogen,SGM,bubur dan pisang.
Riwayat penyakit sekarang	Gizi Buruk
Riwayat penyakit Keluarga	TBC

a. Keadaan Fisik

Responden nampak Kurus dan sakit

b. Diagnosa Gizi

1. Domain Intake

NI-2.1 : Kekurangan intake makanan dan minuman oral berkaitan dengan adanya penurunan napsu makan ditandai dengan hasil recall 24 jam,energy 71,54%,protein78,85%,Lemak 120,24 %,Karbohidrat 52,81% defisit.

NI -5.2 : Malnutrisi energy protein yang nyata berkaitan dengan kurangnya asupan dalam jangka waktu yang lama ditandai dengan status gizi buruk.

c. Intervensi gizi

a. Terapi Diet

1. Preskripsi diet

- a. Jenis Diet : TKTP
- b. Bentuk makanan biasa (Nasi)
- c. Cara pemberian : Oral

b. Tujuan diet

- a. Memenuhi kebutuhan energy dan protein yang meningkat untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh
- b. Mencapai status gizi normal
- c. Memperbaiki pola makan responden dan meningkatkan nafsu makan responden.

c. Syarat Diet

- a. Energy cukup 816 kkal
- b. Protein cukup 15% yaitu 30,6 gram
- c. Lemak diberikan 20% dari kebutuhannya yaitu 18,13 gram
- d. Karbohidrat yang dibutuhkan yaitu 132,6 gram
- e. Vitamin dan mineral cukup, sesuai kebutuhan normal
- f. Makanan diberikan dalam bentuk mudah cerna

d. Perhitungan kebutuhan

Perhitungan kebutuhan dan zat gizi pasien menggunakan rumus

Recommended Dietary Allowance (RDA)

- BB = 8,0kg, TB = 85 cm
- BBI = (usia dalam tahun x 2) + 8 kg

$$= (2 \times 2) + 8 \text{ kg}$$

$$= 12 \text{ kg}$$

- Energi = RDA x BBI

$$\% \text{ BBI} : \text{BB} \quad \times \frac{100\%}{\text{BBI}}$$

$$= \frac{8,0 \text{ kg}}{12 \text{ kg}} \times 100\%$$

$$= 66,66 \% \text{ (Gz Buruk)}$$

- Kalori = 102 kkal /kg BB

$$= 102 \text{ kkal} \times 8,0 \text{ kg}$$

$$= 816 \text{ kkal}$$

$$\text{Protein} : 15 \% \times 816 \frac{\text{kkal}}{4}$$

$$: 30,6 \text{ gram}$$

$$\text{Lemak} : \frac{20\% \times 816 \text{ kkal}}{9}$$

$$= 18,13 \text{ gram}$$

$$\text{Kh} : \frac{65 \% \times 816 \text{ kkal}}{4}$$

$$= 132,6 \text{ gr}$$

e. Terapi Edukasi

a) Tujuan

- 1) Menjelaskan kepada keluarga tentang diet TKTP
- 2) Menjelaskan kepada keluarga responden tentang bahan makanan yang dianjurkan dan di batasi

b) Sasaran : Keluarga pasien

c) Waktu : 6 menit

d) Tempat : Rumah responden

- e) Metode : konsultasi tanya jawab
- f) Alat bantu leaflet TKTP
- g) Materi :
 - a) Menjelaskan tentang pengertian diet TKTP
 - b) Tujuan Diet TKTP
 - c) Syarat Diet TKTP
 - d) Menjelaskan tentang bahan makanan yang dianjurkan dan dibatas

h. Monitoring dan Evaluasi Antropometri

1. Monitoring dan Evaluasi antropometri responden

Tabel 6 Monitoring dan Evaluasi Antropometri

Berat Badan	BB/U	BB/TB	IMT/U
8,0 kg	<-3 SD	-3 SD	11.11 Kg/m ² Dibawah -3 SD
Status gizi	Gizi Buruk	Gizi Buruk	Sangat Kurus

Berat balita tidak mengalami peningkatan,pola makan balita tidak mengalami perubahan.Konseling yang diberikan tentang pemberian makanan yang variasi dengan dominan makanan kesukaan anak,dipraktekan oleh ibu balita.Pemberian makanan tambahan yqng diberikan dan dihabiskan oleh balita.

Monitoring dan evaluasi Asupan zat gizi

Tabel 7 Asupan zat gizi

Zat gizi	Kebutuhan	H-1	H-2	H-3	Rata-rata	%Asupan	Keterangan
Energi	816 kkal	683,1	491,7	576,7	583,83	71,54%	Deficit tingkat ringan
Protein	30,6 gram	52,3	25	30,3	24,13	90,5 %	Normal
Lemak	18,13Gram	26	15,1	24,3	21,8	120,24 %	Lebih
KH	132,6Gram	84,2	61,1	64,8	70,03	52,81%	Deficit berat

Berdasarkan pengamatan dari awal sampai akhir pengamatan tidak ada perubahan asupan zat gizi pada balita. Dan persentasi asupan makan responden selama 3 hari. Rata-rata persentasi asupan energi responden berada pada kategori Deficit tingkat ringan, hal ini dapat dilihat dari pola makan responden yang lebih suka makan jajan dibandingkan dengan makan nasi. Rata-rata persen asupan protein responden dengan kategori normal, hal ini dikarenakan pasien lebih suka minum susu dan makan ikan. Rata-rata persen asupan lemak berada pada kategori lebih hal ini dikarenakan responden sering makan makanan yang di goreng dan suka mengkonsumsi indomilk. Rata-rata persen asupan karbohidrat berada pada kategori devisit berat, hal ini disebabkan oleh nafsu makan yang kadang-kadang menurun, sehingga pemberian makanan yang tinggi akan karbohidrat seperti nasi tidak banyak dikonsumsi oleh responden.

B. Pembahasan

1. penyebab langsung terjadinya gizi buruk

a) Asupan Makan

Berdasarkan rata-rata asupan makanan yang di peroleh dari hasil recall 24 jam yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut diketahui bahwa asupan makan responden masih defisit atau masih dibawah 90% yaitu asupan energi 71,54% (Defisit ringan), protein 78,85% (defisit ringan), lemak 120,24 % (Lebih), Karbohidrat 52,81% (defisit Berat). Hal ini dikarenakan responden demam, batuk dan pilek

sehingga ada penurunan nafsu makan. Anak sulit makan merupakan salah satu masalah makan yang kerap kali dialami oleh orang tua. Beberapa keluhan yang sering terjadi terjadi antara lain memilih makanan, menolak makan, tidak mau makan sekali, kalau diberi makan muntah, mengeluh sakit perut, dan adanya peningkatan emosi saat diminta untuk makan. Keluhan-keluhan tersebut merupakan indikasi bahwa anak sedang mengalami gangguan makan (Zaviera, 2008)

b) Penyakit infeksi

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan selama tiga hari responden mengalami demam dan batuk pilek. Penyakit infeksi dapat berpengaruh keadaan gizi, terutama penyakit infeksi yang berat karena penyakit infeksi akan mempengaruhi asupan gizi sehingga meningkatkan kehilangan zat gizi yang sangat dibutuhkan oleh tubuh yang berakhir pada status gizi semakin buruk. Terdapat hubungan yang sangat erat antara infeksi penyakit dengan kejadian malnutrisi. Terjadi hubungan yang timbal balik antara malnutrisi dengan penyakit infeksi. Infeksi akan mempengaruhi status gizi dengan mempercepat malnutrisi, dan sebaliknya malnutrisi menyebabkan anak mudah terserang penyakit infeksi (Pudjiadi, 2001)

2. Penyebab Tidak Langsung

a. pendidikan Ibu

Berdasarkan hasil wawancara dapat diketahui bahwa pendidikan terakhir ayah responden yaitu sekolah menengah atas (SMA) sedangkan pendidikan terakhir ibu responden yaitu sekolah menengah atas (SMA). Dalam kehidupan bermasyarakat, tingkat pendidikan merupakan salah satu penilaian yang menentukan citra sosial seseorang di mata manusia lain. Tingkat pendidikan juga dapat menunjukkan keadaan sosial ekonomi di dalam masyarakat. Pendidikan pada dasarnya bertujuan untuk mengubah perilaku dan pengaruh sosial budaya yang menghambat perbaikan kesehatan menjadi perilaku dan pengaruh sosial budaya yang menghambat perbaikan kesehatan menjadi perilaku dan sosial budaya yang positif sehingga dapat meningkatkan taraf kesehatan perorangan maupun masyarakat (Soekirman, 2000).

b. Sosial ekonomi

Berdasarkan hasil wawancara yang diperoleh dapat diketahui bahwa pendapatan atau penghasilan keluarga responden dalam sebulan tiga ratus lima puluh ribu

rupiah. Menurut Supriasa (2002), faktor sosial ekonomi meliputi data sosial keadaan penduduk, keadaan keluarga diantaranya pekerjaan, pendapatan keluarga, kekayaan pengeluaran, banyaknya anggota dalam keluarga, dan harga makan. Status ekonomi keluarga dapat dilihat dari besarnya pendapatan atau pengeluaran keluarga baik pangan maupun non pangan selama satu tahun terakhir. Pendapatan keluarga adalah rata-rata besarnya penghasilan yang diperoleh oleh seluruh anggota keluarga. Pendapatan keluarga tergantung pada jenis pekerjaan kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya. Jika pendapatan masih rendah maka kebutuhan pangan cenderung lebih dominan daripada kebutuhan non pangan. Sebaliknya, jika pendapatan meningkat maka pengeluaran untuk non pangan akan semakin besar, mengingat kebutuhan pokok makanan sudah terpenuhi (Kusriadi, 2010)

c. Sanitasi

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan diketahui bahwa rumah responden berdekatan dengan WC yang terbuka, banyak sampah disekitar rumah. Air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari terlihat kotor dan berlumutan, dan lingkungan rumah responden kurang bersih. Kondisi jamban keluarga responden terlihat sangat kotor atau tidak layak dipakai. Sanitasi adalah upaya kesehatan yang dilakukan masyarakat dengan menitik beratkan pada pengawasan berbagai faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan manusia (Azwar, 1995; Diah 2011). Soekirman (2000) menyatakan bahwa sanitasi lingkungan sangat erat kaitannya status gizi. Persediaan air bersih, ketersediaan jamban, sistem pembuangan air limbah, dan kebersihan alat makan pada setiap keluarga mempengaruhi setiap anggota keluarga terhadap paparan penyakit yang kemudian berpengaruh terhadap status gizi anak.

Kasus 2

1. Identitas pasien

Tabel 1 Data bayi/ Balita

1	Nama Balita	:	A.S
2	Umur	:	36bulan

3	TTL	:	24 Januari 2016
4	Jenis Kelamin	:	Laki-laki
5	Asal suku orang Tua	:	Ayah: Rote Ibu : Rote
6	Anak ke-	:	1 dari 2 bersaudara
7	Berat Badan Sekarang	:	10 kg
	Panjang badan sekarang	:	86 cm

Tabel 2 Data Orang Tua

Nama Ayah: S.S	Nama Ibu: O.L
Jenis Kelamin : Laki-laki	Jenis Kelamin: perempuan
Status : Suami	Status : Istri
Umur : 29 Tahun	Umur : 25 Tahun
Pendidikan : S1	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : PNS	Pekerjaan : IRT
Besar penghasilan/bulan: Rp.1.000.000	Besar penghasilan/Bulan: -
Hubungan dengan KK: Suami	Hubungan dengan KK: Istri

2. Assesment Gizi

a. Antropometri responden gizi buruk

Tabel 3 Antropometri responden

Berat badan sekarang	7,9 kg
Panjang badan sekarang	86 cm

$$\begin{aligned}
 \text{BBI} &= 2n + 8 \\
 &= 3(2) + 8 \\
 &= 14 \text{ Kg}
 \end{aligned}$$

Status gizi

BB/U : < -3 SD (Gizi Buruk)

TB/U : < -3 SD (Sangat Pendek)

BB/TB : - 2 SD (Gizi kurang)

IMT/U : Kurang dari -2 SD (Kurus)

Kesimpulan : Gizi Buruk

3. Dietary history

a. Kualitatif (FFQ)

Untuk makan utama 3x sehari, kebiasaan makan ,pasien jarang mengkonsumsi lauk nabati seperti (tempe dan tahu),sayuran dimakan hanya 1 Sdm dan buah-buahan yang paling disukai pisang. Pasien suka mengkonsumsi makanan dan minuman manis seperti: roti,susu dan teh manis.

b. Kuantitatif(Recall)

. Hasil recall 24 jam dapat dilihat pada tabel berikut:

Table 4 Asupan makan saat pengamatan

Ket : klasifikasi % asupan menurut Depkes 1996

Zat gizi	Kebutuhan	H-1	H-2	H-3	Rata-rata	% Asupan	Keterangan
Energi	1020kcal	825	507,9	599	643,96	63,13%	Devisit tingkat berat
Protein	38,25 gram	36	23,6	31,8	30,46	79,63%	Devisit tingkat sedang
Lemak	22,66 Gram	30,7	16,6	23,7	23,66	104,41%	Normal
KH	165,75Gram	98,9	63,9	61,5	74,76	45,10 %	Devisit tingkat berat

4. Riwayat personal

Tabel 5 Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Tidak Ada
Riwayat penyakit Dahulu	Responden tidak mendapatkan inisiasi menyusui dini (IMD) dan tidak mendapatkan Kolostrum dan juga tidak mendapatkan ASI eksklusif dimana pasien mendapatkan makanan pendamping ASI (MPASI) Sebelum usia enam bulan yaitu pas usia 5 bulan pasien sudah diberikan bubur.
Riwayat penyakit sekarang	Gizi Buruk
Riwayat penyakit Keluarga	-

Hasil recall 24 jam dapat dilihat pada tabel berikut:

Table 6 Tanggal: 4 Mei 2019

Zat gizi	Kebutuhan	H-1	H-2	H-3	Rata-rata	% Asupan	Keterangan
Energi	1020kkal	825	507,9	599	643,96	63,13%	Devisit tingkat berat
Protein	38,25 gram	36	23,6	31,8	30,46	90%	Normal
Lemak	22,66 Gram	30,7	16,6	23,7	23,66	104,41%	Normal
KH	165,75Gram	98,9	63,9	61,5	74,76	45,10 %	Devisit tingkat berat

Ket : klasifikasi % asupan menurut Depkes 1996

Keterangan:

Defisit tingkat berat : <70%

Defisit tingkat sedang : 70-79%

Defisit tingkat ringan : 80-89%

Normal : 90-119%

Kelebihan : >120%

a. Keadaan Fisik

Responden nampak Kurus

1) Diagnosa Gizi

Domain Intake

NI-2.1 : Kekurangan intake makanan dan minuman oral berkaitan dengan adanya penurunan napsu makan ditandai dengan hasil recall 24 jam, energy 63,13%, protein 79,63%, Lemak 104,41%, Karbohidrat 45,10% defisit.

NI -5.2 : Malnutrisi energy protein yang nyata berkaitan dengan kurangnya asupan dalam jangka waktu yang lama ditandai dengan status gizi buruk.

2. Intervensi gizi

1. Terapi Diet

- a. Jenis Diet : TKTP
- b. Bentuk makanan: Biasa (Nasi)
- c. Cara pemberian : Oral

3. Tujuan diet

- 1. Memenuhi kebutuhan energy dan protein yang meningkat untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh
- 2. Mencapai status gizi normal

4. Syarat Diet

- a. Energy cukup 1020 kkal
- b. Protein cukup 15% yaitu 38,25 gram

- c. Lemak diberikan 20% dari kebutuhannya yaitu 22,66 gram
- d. Karbohidrat yang dibutuhkan yaitu 165,75 gram
- e. Vitamin dan mineral cukup, sesuai kebutuhan normal
- f. Makanan diberikan dalam bentuk mudah cerna
- g. Perhitungan kebutuhan dan zat gizi pasien menggunakan rumus *Recommended Dietary Allowance* (RDA)

- BB = 7,9 kg, TB = 86 cm
- RDA = (usia dalam tahun x 2) + 8 kg

$$= (3 \times 2) + 8 \text{ kg}$$

$$= 14 \text{ kg}$$

$$\text{Energi} = \text{RDA} \times \text{BB}$$

$$\% \text{ BBI} : \text{BB} \times \frac{100\%}{\text{BB}}$$

$$\text{BB}$$

$$= \frac{7,9 \text{ kg}}{14 \text{ kg}} \times 100\%$$

$$14 \text{ kg}$$

$$= 56,42\% \text{ (Gz Buruk)}$$

- Kalori = 102 kkal /kg BB

$$= 102 \text{ kkal} \times 10 \text{ kg}$$

$$= 1.020 \text{ kkal}$$

$$\text{Protein} : 15\% \times 1020 \text{ kkal}$$

$$4$$

$$: 38,25 \text{ gram}$$

$$\text{Lemak} : \frac{20\% \times 1020 \text{ kkal}}{9}$$

$$\begin{aligned}
 &= 22,66 \text{ gr} \\
 \text{Kh} &: \frac{65 \% \times 1020 \text{ kkal}}{4} \\
 &= 165,75 \text{ gr}
 \end{aligned}$$

h. Terapi Edukasi

1) Tujuan

1. Menjelaskan kepada keluarga tentang diet TKTP
2. Menjelaskan kepada keluarga responden tentang bahan makanan yang dianjurkan dan di batasi
3. Sasaran : Keluarga pasien

Waktu : 6 menit

Tempat : Rumah responden

Metode : konsultasi tanya jawab

4. Alat bantu leaflet TKTP

5. Materi :

- a. Menjelaskan tentang pengertian diet TKTP
- b. Syarat Diet TKTP

Menjelaskan tentang bahan makanan yang dianjurkan dan dibatasi

6. Monitoring dan Evaluasi antropometri responden

Tabel 7 Monitoring dan Evaluasi Antropometri

Berat Badan	BB/U	BB/TB	IMT/U
7,9 kg	<-3 SD	-3 SD	10,82 Kg/m ² Dibawah -3 SD
Status gizi	Gizi Buruk	Gizi Buruk	Sangat Kurus

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa tidak ada perubahan berat badan terhadap responden,karena pada akhir pengamatan responden tampak sakit

7. Monitoring dan evaluasi Asupan zat gizi

Tabel 8 Asupan zat gizi

Zat gizi	Monev H-1	Monev H-2	Monev H-3	Rata-rata Asupan	Keterangan
Energi	825 (80,88%)	507,9 (49,79%)	599 (58,72%)	63,13%	Devisit tingkat berat
Protein	36 (94,11%)	23,6 (61,69%)	31,8 (83,13%)	90 %	Normal
Lemak	30,7 ()	16,6 (73,25%)	23,7 (104,58%)	104,41%	Normal
KH	98,9 (59,12%)	63,9 (38,55%)	61,5 (37,10%)	45,10 %	Devisit tingkat berat

Berdasarkan pengamatan dari awal sampai akhir pengamatan tidak ada perubahan asupan zat gizi pada balita. Dan persentasi asupan makan responden selama 3 hari. Rata-rata persentasi asupan energi responden berada pada kategori Deficit tingkat ringan, hal ini dapat dilihat dari pola makan responden yang lebih suka makan jajan dibandingkan dengan makan nasi. Rata-rata persen asupan protein responden dengan kategori normal, hal ini dikarenakan pasien lebih suka minum susu dan makan ikan. Rata-rata persen asupan lemak berada pada kategori normal hal ini dikarenakan responden sering makan makanan yang di goreng dan suka mengkonsumsi indomilk. Rata-rata persen asupan karbohidrat berada pada kategori devisit berat.

B. Pembahasan

1. penyebab langsung terjadinya gizi buruk

c) Asupan Makan

Berdasarkan rata-rata asupan makanan yang di peroleh dari hasil recall 24 jam yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut diketahui bahwa asupan makan responden masih defisit atau masih dibawah 90% yaitu asupan energi 63,13% (Defisit ringan),protein 90% (baik),lemak 104,41% (baik),Karbohidrat 45,10% (defisit Berat).Mengingat gizi merupakan faktor penting dalam pola tumbuh kembang anak, maka memperhatikan kebutuhan dan porsi pemberian menjadi wajib bagi orang tua.Masalah gizi anak secara garis besar merupakan dampak dari asupan gizi yang tidak seimbang yang dapat terjadi dari keadaan tersebut antara lain: defisiensi besi,karies dentis sampai dengan alergi (Ida Mardalena,2017)

d) Penyakit infeksi

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan selama tiga hari responden mengalami batuk pilek dan responden juga suka terlambat makan.Penyakit infeksi dapat berpengaruh keadaan gizi,terutama penyakit infeksi yang berat karena penyakit infeksi akan mempengaruhi asupan gizi sehingga meningkatkan kehilangan zat gizi yang sangat dibutuhkan oleh tubuh yang berakhir pada status gizi semakin buruk.Terdapat hubungan yang sangat erat antara infeksi penyakit dengan kejadian malnutrisi.Terjadi hubungan yang timbal balik antara malnutrisi dengan penyakit infeksi.Infeksi akan mempengaruhi status gizi dengan mempercepat malnutrisi,dan sebaliknya malnutrisi menyebabkan anak mudah terserang penyakit infeksi (Pudjiadi,2001)

.Penyebab Tidak Langsung

a. pendidikan Ibu

Berdasarkan hasil wawancara dapat diketahui bahwa pendidikan terakhir ayah responden yaitu S1 sedangkan pendidikan terakhir ibu responden yaitu sekolah menengah atas (SMA).Berdasarkan hasil kuesioner yang diberikan dapat diketahui bahwa pengetahuan ibu masih dibawah 55%,hal ini dikarenakan ibu responden hanya menjawab 50%.Pertanyaan yang diberikan.Ibu adalah orang yang paling berperan penting dalam menentukan konsumsi makanan keluarga khususnya untuk

anak balita. pengetahuan yang dimiliki oleh ibu akan sangat berpengaruh terhadap pola konsumsi makanan keluarga. Jika pengetahuan ibu tentang gizi rendah, maka berakibat rendahnya anggaran belanja untuk makanan, keanekaragaman makanan kurang, serta kurangnya asupan gizi bagi tubuh. Pengeluaran keluarga akan lebih besar pada pembelian kebutuhan pangan, yang tidak terlalu mendesak untuk terpenuhi karena pengaruh kebiasaan, iklan, dan lingkungan. Gangguan gizi juga disebabkan oleh ibu yang kurang mampu dalam mengolah informasi mengenai gizi untuk diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari (Ernawati, 2011)

b. Sosial ekonomi

Berdasarkan hasil wawancara yang diperoleh dapat diketahui bahwa pendapatan atau penghasilan keluarga responden dalam Satu juta rupiah. Menurut Supriasa (2002), faktor sosial ekonomi meliputi data sosial keadaan penduduk, keadaan keluarga diantaranya pekerjaan, pendapatan keluarga, kekayaan pengeluaran, banyaknya anggota dalam keluarga, dan harga makan. Status ekonomi keluarga dapat dilihat dari besarnya pendapatan atau pengeluaran keluarga baik pangan maupun non pangan selama satu tahun terakhir. Pendapatan keluarga adalah rata-rata besarnya penghasilan yang diperoleh oleh seluruh anggota keluarga. Pendapatan keluarga tergantung pada jenis pekerjaan kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya. Jika pendapatan masih rendah maka kebutuhan pangan cenderung lebih dominan daripada kebutuhan non pangan. Sebaliknya, jika pendapatan meningkat maka pengeluaran untuk non pangan akan semakin besar, mengingat kebutuhan pokok makanan sudah terpenuhi (Kusriadi, 2010)

c. Sanitasi

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan diketahui bahwa rumah responden sudah memungkinkan dan sangat layak untuk ditinggal. Air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari cukup bersih dan aman untuk dikonsumsi, dan lingkungan rumah responden sudah bersih. Kondisi jamban keluarga responden juga terlihat bersih. Sanitasi adalah upaya kesehatan yang dilakukan masyarakat dengan menitikberatkan pada pengawasan berbagai faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan manusia (Azwar, 1995; Diah 2011). Soekirman (2000) menyatakan bahwa sanitasi lingkungan sangat erat kaitannya status gizi. Persediaan air bersih, ketersediaan jamban, sistem pembuangan air limbah, dan kebersihan alat makan pada setiap keluarga mempengaruhi setiap anggota keluarga terhadap paparan penyakit yang kemudian berpengaruh terhadap status gizi anak.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada bulan Mei 2019 dengan judul Studi Kasus Pada Balita Gizi Buruk di Kecamatan Kupang Barat. Dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Pada awal pengamatan berat badan An.F.N 8,0 kg dan responden kedua An.A.S. 7,9 kg. Sampai akhir penelitian tidak ada perubahan berat badan. Sehingga hasil antropometri menunjukkan status gizi responden berdasarkan indikator BB/U masih dibawah -3 SD (Gizi Buruk) dan berdasarkan indikator BB/PB dibawah -3 SD.
- 2) Diagnosa gizi responden An.F.N dan A.S terdapat dua domain yaitu domain intake dan domain behavior. Domain intake yaitu kekurangan intake makanan dan minuman oral dan malnutrisi energi protein yang nyata, sedangkan domain behavior yaitu pengetahuan yang kurang tentang makanan dan zat gizi.
- 3) Intervensi gizi yang diberikan kepada ibu responden An.F.N dan anak A.S yaitu berupa diet TKTP, serta terapi edukasi berupa anjuran diet sesuai dengan kondisi dan kebutuhan.
- 4) Terapi edukasi yang diberikan kepada responden menghasilkan perubahan pengetahuan positif terhadap pemilihan bahan makanan yang mampu menunjang proses terapi yang didapatkan oleh anak F.N dan An.A.S dalam hal kepatuhan diet termaksud pemilihan bahan makanan, frekuensi jumlah makanan tidak ada perubahan dan tidak menghabiskan makan

B. SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diberikan saran guna membantu penanggulangan kasus gizi buruk yang ada di Desa Lifuleo Kecamatan Kupang Barat, antara lain:

1) Bagi Masyarakat di Desa Lifuleo Kecamatan Kupang Barat

Meningkatkan peran seluruh anggota keluarga dengan meningkatkan pengetahuan, tindakan dan kesadaran orang tua dalam upaya peningkatan status gizi anak.

2) Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini nantinya dapat dijadikan sumbangsan pikiran bagi petugas kesehatan gizi untuk meningkatkan status gizi balita yang ada di wilayah kerja puskesmas Batakte

3) Bagi peneliti

Sebagai sarana penerapan ilmu yang telah diperoleh selama mengikuti pendidikan di prodi gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

4) Bagi Institusi Prodi Gizi Politeknik Kementrian Kesehatan Kupang

Sebagai tambahan referensi perpustakaan sekaligus informasi bagi penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

Azwar,2004.*Aspek kesehatan gizi dan gizi dalam ketahanan pangan dalam widya karya*

Almatsier,S 2002,*Prinsip dasar ilmu gizi*,penerbit PT.Gramedia pustaka utama

Azwar,2004.*Aspek kesehatan gizi dan gizi dalam ketahanan pangan dalam widya karya*

Azwar dkk,1995.*Ilmu gizi dan aplikasinya,untuk keluarga dan masyarakat*.Jakarta;Dirjen Dikti Depdiknas.

Achmadi dkk,2013.*Peran pangan dan gizi untuk kualitas hidup*.Jakarta:Gramedia Widiasarana

Indonesia.

Azwar.,2004.*Aspek kesehatan gizi dan gizi dalam ketahanan pangan dalam widya karya pangan dan izi nasional VII.17-19 MEI 2004*,Jakarta

Almatsier,S.2004.*Prinsip dasar ilmu gizi*.Jakarta: PT.Gramedia Pustaka Utama

Berg,Alen,1999,faktor gizi; Rineka Cipta,Jakarta

Berg,A.d muscat,R.1986.*Faktor gizi*.Jakarta: Baharata Karya Aksara.

Depkes,2012,*Penanggulangan masalah gizi buruk dan kesehatan lingkungan*.(Penganunutuks semua:Files.wordpress.com/2012/04/rencana-penanggulangan-masalah-gizi-buruk.doc)

Depkes RI.2008.Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) badan penelitian dan pengembangan,

departemen kesehatan RI, Jakarta.

Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang, 2013. <http://www.kab-kupang.go.id/pdftopaksi%20Dinas%20Kesehatan%20Kabupaten%20Kupang.Pdf>, Desember, 16.

Kupang.go.id/pdftopaksi%20Dinas%20Kesehatan%20Kabupaten%20Kupang.Pdf.

Ditjen Binkesmas, (2006) *Standar Pemantauan Pertumbuhan Balita*, Jakarta: Dit Bina Gizi Masyarakat, pegulangan gizi buruk. papas sinar sinanti, Jakarta.

Diah Krisnansari. 2010. *Nutrisi dan gizi buruk (jurnal)*. Fakultas Kedokteran dan ilmu-ilmu kesehatan Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto

Erna Kusuma Wati. 2011. *Ilmu gizi keperawatan dan gizi kesehatan*.

Idah Mardalena. 2017. *Dasar-dasar Ilmu Gizi dalam Keperawatan*

Kusriadi, 2010, *Analisis faktor yang mempengaruhi kejadian gizi kurang pada anak balita di provinsi NTB*. Tesis. Sekolah pascasarjana IPB, Bogor.

Mursyid, dkk. 2015. *Faktor-faktor resiko kejadian gizi buruk pada balita yang dirawat di RSUP, Dr. Kariadi Semarang*: Universitas Diponegoro.

Notoadmojo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta

Notoadmojo S. 2003, *Metodologi penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka cipta

Nancy dan Arifin, 2008, *Gizi Buruk, Ancaman generasi yang hilang*, <http://10.ppi.jepang.org> tanggal 23 april

Nancy dan dkk, 2013. *Ilmu gizi buruk dan penanggulangan gizi buruk*. Papas sinar sinanti, Jakarta.

Pudjiadi dkk,2001.*Hubungan faktor sosial ekonomi,Higiene sanitasi lingkungan,tingkat konsumsi dan infeksi dengan status gizi anak usia 2-5 tahun di kabupaten Semarang*.Tesis.Program pascasarjana,universitas diponegoro;Semarang.

Riskesdas 2007.*Prevalensi status gizi balita menurut provinsi* http://gizi.net/download/status_gizi-nas-riskesdas%202007.pdf 9 desember 2009

RISKESDAS,2013.*Jumlah balita gizi buruk dan gizi kurang di Indonesia*.

Riset kesehatan dasar (RISKESDAS 2013).*Jumlah balita gizi buruk dan gizi kurang di Indonesia*.

Riset Kesehatan dasar,2013.*Profil Nusa Tenggara Timur*

Riskesdas.2013.*Riset Kesehatan Dasar.Status gizi pada anak usia 5-12 Tahun*.

Riskesdas.2010.*Riset Kesehatan Dasar 2010*.

Supariasa ,2002,*penilaian status gizi jakarta*,penerbit: Buku kedokteran EGC

Supariasa I.D.N.2001.*Penilaian status gizi Jakarta*:EGC

Supariasa,I.D.N.,Bakri,B.,& Fajar,I.2013.*Penilaian status gizi Jakarta:PT Bumi Aksara*

Soekirman.(2000).*Ilmu gizi dan aplikasinya*. Jakarta: Departemen pendidikan Nasional

Sandjaja.2010,Kamus gizi Jakarta:Kompas.

Titus Priyo Harjatmo,B.Sc.,S.K.M.,M.Kes.(2018) *Perencanaan Program Gizi*.

Wilopo ,2010.*Sistem Kesehatan Nasional*.Penerbit PT Gramedia pustaka utama,Jakarta.

pangan dan gizi nasional V11.17-19 mei 2004, Jakarta.

Wilopo, 2010. Sistem Kesehatan Nasional. Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Berg, Alen. 1999. Faktor gizi; Rineka Cipta, Jakarta.

Zaviera, Ferdinan. 2008, *Mengenal dan memahami Tumbuh Kembang Anak*. Yogyakarta: KATAHATI

QUSIONER PEMANTAUAN STATUS GIZI ANAK BALITA
PRODI GIZI POLTEKKES KEMENKES KUPANG
TAHUN AJARAN 2018/2019

I.IDENTITAS LOKASI		
1	Propinsi	:
2	Kabupaten/Kota	:
3	Kecamatan	:
4	Desa /Kelurahan	:
5	Alamat sekolah	:
II. KETERANGAN PENELITIAN		
1	Tanggal pengukuran/wawancara	:
2	Nama enumerator	:
	Tanda tangan petiugas	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
3	Nama supervisor/pembimbing	:
	Tanda tangan petugas	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
III. IDENTITAS ORANGTUA		
1	Nama Kepala Rumah Tangga	:
2	Nama ibu	:
3	Nama lengkap responden	:
4	Alamat responden	:
5	Jumlah anggota keluarga	:
6	Tingkat pendidikan orang tua Tingkat pendidikan ayah 1. Tidak sekolah 2. Tidak tamat SD 3. Tamat SD	

FORM RECALL 24 JAM

Nama responden : TTL :
Umur : Jenis kelamin :
Alamat : Hari /Tanggal :

Apakah yang anda makan dalam waktu 24 jam terakhir?

Waktu makan	Nama menu	Bahan makanan	jml	URT	Berat masak(gr)	Berat mentah (gr)
Pagi						
Snac						
Siang						
Snac						
Malam						

[illegible]

55

Dokumentasi

Pengukuran BB



Pengukuran LILA



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nomor : PP.04.03/11/ 145E /2019
Hal : Izin Penelitian Mahasiswa

17. Mei 2019

Yth. Kepala Desa Lifuleo
di
Tempat

Sehubungan dengan penulisan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa Prodi Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, maka bersama ini kami mohon diberikan izin untuk penelitian bagi:

Nama : Mariana S. Saribuan
NIM : PO 530324116 678
Prodi : Program Studi Gizi Poltekkes Kemenkes Kupang
Judul Penelitian : Studi Kasus Gizi Buruk Pada Balita Umur 6-59 Bulan di
Desa Lifuleo Kecamatan Kupang Barat

Demikian permohonan kami, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Prodi Gizi


Agustina Setia, SST., M. Kes
NIP 196408011989032002



**PEMERINTAH KABUPATEN KUPANG
KECAMATAN KUPANG BARAT
DESA LIFULEO**

Jalan Jurusan Pantai Wisata Oesina

Kode Pos 85351

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

NOMOR : 145/007/Pem/DL/V/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini adalah Kepala Desa Lifuleo Kecamatan Kupang Barat, Kabupaten Kupang.

Yang ini menerangkan bahwa :


N a m a : MARIANA S. SARIBUAN
NIM : PO 530324116678
Mahasiswa pada : Poltekkes Kemenkes Kupang
Jurusan : Prodi Gizi

Bersangkutan yang namanya disebutkan diatas telah selesai melakukan penelitian di Desa Lifuleo Kecamatan Kupang Barat Kabupaten Kupang yang dimulai sejak tanggal 04 s/d 08 Mei 2019 dengan Judul Penelitian "*STUDI KASUS GIZI BURUK PADA BALITA UMUR 6 – 59 BULAN DI DESA LIFULEO KECAMATAN KUPANG BARAT*".

Demikian Surat Keterangan selesai penelitian ini dibuat dengan sebenarnya dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Lifuleo, 09 Mei 2019.-

Pj. Kepala Desa Lifuleo :


LUKAS OKTOVIANUS SANGA
NIP. 19771006 201001 1 004

Penyusunan : dh disampaikan kepada :

1. Camat Kupang Barat di Batakte;
2. Ketua Jurusan Prodi Gizi Poltekkes Kemenkes Kupang; dan
3. Arsip